施術機関　⇒　国保連合会

※施術機関番号	
施術所の所在地及び名称	保健所に届け出た施術所の所在地及び名称を記載してください。
代表者名	保健所に届け出た施術所の代表者名及び電話番号を記載してください。
電話番号	

種類		
	04	マッサージ用
	05	はり・きゅう用

※バッチ

該当する施術に○を付けてください。

平成　　年　　月分

療養費支給申請書の施術月を記載してください。複数月提出の場合は、直近の施術月を記載してください。

ゅう施術療養費総括票

保険者名等	件　数	費　用　額
	件	円
合　計		

保険者番号の若い順に保険者名を記載してください。
例：鹿児島市
鹿屋市
枕崎市
・
・
・
※別添の保険者番号一覧表をご確認ください。

保険者毎に国保・退職者該当者を併せた療養費支給申請書の件数を記載してください。

保険者毎にまとめた施術に要した費用額を記載してください。

後期高齢者の場合、県内の後期高齢者医療保険者の合計を記載してください。

国保・退職者該当者、後期高齢者を併せた施術に要した合計件数及び合計費用額を記載してください。

振込先

（通信欄）

※印の欄は記入しないこと。